UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 — N° 27

Contribution

à

L'ÉTUDE DE L'ORCHITE MÉLITOCOCCIQUE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 Décembre 1921

PAR **M. SCHEMBRI MICHEL-MARCEL**

Né à Sousse (Tunisie), le 12 février 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CURTILLET, Professeur de Clinique Chirurgicale infantile..... *Président.*

ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique médicale.....

RAYNAUD, Agrégé (Médecine)..... *Juges.*

LOMBARD, Agrégé (Chirurgie).....

Alger. — Anc. Imp. Crescenzo.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 — N° 27

Contribution

à

L'ÉTUDE DE L'ORCHITE MÉLITOCOCCIQUE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 Décembre 1921

PAR **M. SCHEMBRI MICHEL-MARCEL**

Né à Sousse (Tunisie), le 12 février 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CURTILLET, Professeur de Clinique Chirurgicale infantile..... *Président.*

ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique médicale .....
RAYNAUD, Agrégé (Médecine)..... .....
LOMBARD, Agrégé (Chirurgie)..... } *Juges.*

Alger. — Anc. Imp. Crescenzo.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... HÉRAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. WEBER (✻, I. I, ✪).
	LEBLANC (✻, .✪, ✪).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I.✪).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I. ✪, ✪)
Chimie minérale et organique.....	H. GUILLEMARD
Clinique médicale.....	ARDIN-DELTEIL (I.) ✪.
Clinique chirurgicale.....	VINCENT ✻, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O.✻, I.✪).
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✻, I.✪).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (✻, I.✪).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I.✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	N....
Histoire naturelle médicale et parasitologie...	TRABUT (✻, I.✪. O.✻).
Histologie.....	ARGAUD (✻, I.✪, ✻).
Hygiène.....	CHASSEVANT (✻, I.✪, ✪)
Médecine légale.....	MICHELEAU (✻, I.✪).
Matière médicale et thérapeutique.....	HERAIL (I.✪).
Pathologie générale et microbiologie.....	SOULIE (✻, I.✪).
Pharmacie.....	MUSSO (I.✪).
Physiologie.....	TOURNADE (✻. ✪).
Physique médicale.....	DUFOUR (I.✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O, ✻). BATTANDIER (I. ✪). | M. MALOSSE, Théod. (I.✪, ✪).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire..... M. CABANES (✻, ✪).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	MM. COSTANTINI (✻, ✪).
	LOMBARD (✪).
Médecine.....	RAYNAUD (✻).
	AUBRY (✻, ✪).
Physiologie.....	GIRAUD (✻, ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie..	SENEVET (✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements.....	MM. FUSTER (✻, ✪, I.✪).
Chimie.....	H. MALOSSE (✪, I.✪).
Anatomie	FERRARI (A.✪, ✪).
Pharmacie et matière médicale.....	X.....

NOTA, — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE

DE MES COMPAGNONS D'ARMES

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts au Champ d'Honneur
(1914-1918)

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JEAN SCHEMBRI

Avocat à la Cour d'Appel de Paris

Hommage bien attristé.

A MA MÈRE ET A MON PERE

Témoignage de tendre affection.

A MA FEMME

Faible témoignage de mon inaltérable affection.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES BEAUX PARENTS

A MES TANTES

A MES ONCLES

A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CURTILLET

Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger
Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
et d'Orthopédie
Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé LOMBARD

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES JUGES

Je dédie cette Thèse.

Avant-propos

Au moment de quitter la Faculté de Médecine d'Alger, il nous est bien doux d'adresser à tous nos maîtres l'assurance de notre respect et de notre profonde gratitude.

Nous devons un hommage ému à la mémoire des regrettés professeurs Brault et Crespin dans les services desquels nous avons travaillé.

Notre reconnaissance va particulièrement à Monsieur le Professeur agrégé Lombard à qui nous devons ce modeste travail, nous n'oublierons jamais sa bienveillance et ses précieux conseils.

Nous remercions de tout cœur M. le Doyen Curtillet, MM. les Professeurs Ardin-Delteil, Vincent, Rouvier, Soulié, Gillot, Leblanc, Aubry, Raynaud, Cabanes, Fuster, qui nous ont guidés dans nos études médicales avec tant de science et de sollicitude.

Nos sincères remerciements vont aussi à notre maître Monsieur le Docteur Goinard qui a bien voulu nous permettre de suivre son important et intéressant service pendant les derniers mois de nos études.

Nous remercions également M. le Docteur Béguet, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur d'Alger, qui nous autorise à publier l'observation qu'il a faite en collaboration avec M. le Professeur agrégé Lombard.

Que Monsieur le Doyen Curtillet qui nous a réservé un si bienveillant accueil, et qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse, veuille bien recevoir ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Définition

La Mélitococcie a fait beaucoup parler d'elle il y a quelques années : elle a pris une extension considérable et a même menacé de devenir un fléau. Les observations publiées sont devenues de plus en plus nombreuses, mais délaissant la confirmation clinique, elles se sont appuyées à peu près uniquement sur la constatation d'une séro-réaction de Wright positive.

MM. Nègre et Raynaud ont fort heureusement montré l'incertitude de cette méthode et les erreurs sans nombre qu'elle pouvait engendrer. Ils ont établi que pour avoir une réelle valeur, la séro-réaction devait se faire suivant une technique différente, d'une rigoureuse précision.

Depuis que ce nouveau critère a été établi, le chiffre des observations publiées a diminué dans des proportions considérables, et l'on ne doit plus accepter aujourd'hui comme valables, que les cas confirmés par l'hémoculture et la séro réaction avec sérum chauffé.

L'infection mélitococcique peut présenter des localisations très variées, mais l'agent infectieux n'est pas volontiers pyogène, et les complications, qu'il détermine, traduisent des lésions habituellement fugaces, congestives ; parmi elles l'orchite mérite une place à part en raison de sa fréquence et des erreurs de diagnostic qu'elle peut engendrer.

Peu étudiée avant 1910, l'orchite a été à cette date l'objet des travaux de Fainsilber et Cantaloube, appuyés sur des observations nombreuses, mais sans autre observation bactériologique que la séro-réaction de Wright ; la question est donc à reprendre.

M. le professeur agrégé Lombard, ayant eu l'occasion d'observer un cas particulièrement intéressant d'orchite suppurée au cours de la mélitcoccie, nous engagea à en faire le sujet de notre thèse inaugurale

Nous essaierons dans notre modeste travail, de distinguer surtout la part qui revient à la fièvre de Malte dans les nombreuses observations qui ont été publiées, et nous y joindrons, dans une faible mesure, nos constatations personnelles.

L'infection qui nous occupe a porté différents

noms, après le terme officiel de Mélitococcie adopté par l'Académie de Médecine, nous n'avons retenu que la dénomination de fièvre de Malte, maintenue par l'usage.

Historique

L'historique de l'orchite mélitococcique est lié à celui de la fièvre de Malte, l'attention de la plupart des auteurs n'ayant pas été spécialement attirée par cette complication.

Au début du 19e siècle la mélitococcie semble ignorée des médecins. Certains avaient pourtant remarqué sur le littoral de la Méditerranée, plus spécialement à Malte et dans l'Italie méridionale, des épidémies de fièvres différant en tous points des maladies infectieuses aiguës, signalées et admises jusqu'alors.

Toutefois ce n'est qu'en 1859 que la première description clinique en est donnée par Marston, mé-

decin de la marine anglaise. — En 1863, celui ci fait dans l'« Army Medical Reports », sous le nom de « Mediterranean remittent or gastric remittent fever », une étude détaillée de tous les cas qu'il a observés à Malte.

Peu de temps après, Bottinger et Mackey sous des dénominations variées, publient dans l'« Annual Medical blue books of Navy », des observations rappelant beaucoup la maladie décrite par Marston.

En 1865, Boileau dans un travail très complet, s'attache à montrer les signes qui la distinguent du paludisme. — Chartres, l'année suivante, fait un rapport sur une épidémie de fièvre de Malte avec détails cliniques et constatations d'autopsie.

Dès cette époque les médecins italiens étudient cette pyrexie qui existe dans le sud de la péninsule et en Sicile. — En 1871 paraît leur premier ouvrage dû à Giulia qui rapporte dans « Il Barth Gazetta di Medicina » quelques observations de « Febbri endemiche di Malta ».

Dufley en 1872 signale parmi les nombreuses fièvres dites « de Malte » qu'il a observées dans l'île, dix-huit cas d'orchite, mais il croit que cette maladie n'est qu'une forme de typhoïde.

Depuis cette date les travaux se multiplient en Italie, mais de nombreux observateurs confondent l'affection que nous étudions avec le paludisme, la typhoïde ou la suette militaire. Certains pourtant,

comme Tomaselli (1879), en font une pyrexie bien distincte des autres maladies et cherchent à en étudier les symptômes.

En 1879, Veale reprenant les travaux de Boileau, cherche à la distinguer des diverses formes de paludisme.

Deux ans plus tard Ellis publie quatre observations d'orchite mélitococcique.

Turner en 1884 constate l'existence à Gibraltar d'une pyrexie le « Rockfever » qu'il prend pour de la dothienenterie.

Jusqu'ici les auteurs de plus en plus nombreux ne se sont attachés qu'à étudier les formes cliniques et l'anatomie pathologique de la maladie. Pourtant en Italie, Lepaditi, Chista di Blasi, Caruso et Peccaro essayent d'en élucider la pathogénie.

Rien encore n'a été fait au point de vue bactériologique, lorsqu'en septembre 1887 le major anglais David Bruce, publie dans le « Practioner » le résultat de ses recherches : en ensemençant sur agar de la pulpe de rate après la mort, il obtient des colonies d'un microcoque qu'il étudie et auquel il donne le nom de « micrococcus melitensis ».

En 1889 Giuffré signale la présence de la mélitococcie en Algérie et en Tunisie. — D'autre part dans la « Réforma Médica » il cite l'orchite comme complication rare de cette affection.

Bruce fait la première ponction de la rate, pendant la vie, sur un sujet atteint de fièvre de Malte, et obtient avec le sang splénique des cultures de micrococcus melitensis (1891).

En 1893 il publie dans les « Annales de l'Institut Pasteur » l'étude complète du microbe et montre la possibilité de la transmission de la maladie au singe par inoculation sous cutanée de cultures.

Gibbs et Hughes confirment, en 1893-1897, tous les travaux de Bruce.

Wright, professeur à l'école de santé militaire de Wettley (Angleterre), découvre le sero-diagnostic de la mélitococcie en 1897.

En 1898 dans la « Revue Médicale de l'Afrique du Nord » Legrain signale l'existence de cette affection en Algérie.

Birt et Lamb en 1899 établissent définitivement la spécificité du microcoque de Bruce en relatant deux observations où la Fièvre de Malte, a été transmise à l'homme par inoculation de cultures de micrococcus melitensis.

En 1900, M. le professeur Brault publie les premières observations de la maladie en Algérie. — La même année Durham, en étudiant la virulence du microbe, tue le lapin et le cobaye par inoculation intrapéritoneale.

Les médecins autrichiens étudient à leur tour

cette pyrexie ; nous voyons Kretz, Von Schrotter, Brunner et Neusser, confirmer les données des observateurs anglais.

En Grèce Maviakis, Cardamatis et Manoussos arrivent au même résultat.

Depuis lors la maladie est signalée en Amérique et aux Indes.

Zammit montre en 1902, qu'une infection naturelle par micrococcus melitensis existe chez les chèvres maltaises. Il étudie ensuite l'étiologie de la Mélitococcie. Dalton à la même époque en décrit les formes cliniques.

Levi communique en 1903, à la Société des Sciences Médicales de Tunis, le premier travail sur « l'Orchite dans la fièvre méditerranéenne ».

Schoull et Funaro étudient cette infection en Tunisie. A cette date Hayat fait paraître sa thèse.

En 1904, M. le professeur Gillot à Alger et Nicolle à Tunis, apportent bactériologiquement la preuve de la maladie dans ces villes. M. le Dr Lemaire montre par l'hémoculture que cette fièvre relève d'une véritable scepticémie et institue ainsi un moyen d'arriver à un diagnostic certain.

En 1905 la Commission de Malte, dont les travaux sont d'une importance capitale, et qui est composée d'hommes éminents (Basset-Smith, Gilmour, Eyre, Horrocks, Kennedy, Shaw, Zammit, etc.,) publie ses

premiers mémoires. Nous apprenons que Gilmour en 1902 a retiré le microbe du sang veineux périphérique.

Cette même année M. le professeur Gillot et M. le Dr Lemaire ont put réunir en moins de cinq mois plus de 30 cas de cette affection.

Un an plus tard M. le professeur Soulié fait une intéressante étude de la Mélitococcie.

En France rien encore n'a été fait, cependant en 1905 M. le Professeur Ardin-Delteil en a diagnostiqué un cas à Montpellier. Ce n'est qu'en 1908 que paraissent les deux premières observations, dont une avec orchite, dues à Danlos, Wurtz et Tanon.

A cette époque Durand de Cottes de Madrid publie un important ouvrage sur cette pyrexie en Espagne.

En 1909 Sicard et Lucas décrivent un cas de cette infection observé à Paris et contrôlé par l'hémoculture. — Trois mois après Weill communique un cas identique.

Bientôt l'infection qui nous occupe semble s'étendre rapidement, elle est signalée dans toutes les parties du monde — l'on en constate même de véritables épidémies (St Martial Sumène, St Bauzil de Montmel) Les observateurs deviennent de plus en plus nombreux ; nous citerons particulièrement Cantaloube, Roger, Lagriffoul, Wurtz, Gouget, Rauzier et Aubert.

En 1910 les travaux de Nègre, puis en 1911 ceux de MM. Nêgre et Raynaud viennent à propos mettre un terme à cette invasion de Fièvre de Malte. Ces auteurs signalent dans certains sérums la présence d'agglutinines non spécifiques qu'il faut détruire par chauffage à 56° avant de faire la séro-réaction de Wright. Cette nouvelle méthode permet d'éviter de nombreuses erreurs.

Dans sa séance du 7 février 1911 l'Académie de Médecine, à la suite d'une réclamation du Gouverneur de Malte, adopte le nom de fièvre méditerranéenne.

Le 13 mars revenant sur sa décision elle choisit le nom de Mélitococcie, tiré de la pathogénie de la maladie.

En 1912 Saissawa, Carrieu et Anglada, confirment les expériences de MM. Nègre et Raynaud. Ceux ci établissent à la même époque l'existence à côté du micrococcus melitensis d'un groupe de micrococcus paramelitensis.

Vallet et Rambaud, l'année suivante, montrent qu'il faut s'entourer de conditions très sévères pour pouvoir donner au séro de Wright quelque valeur.

En 1919 M. le Dr Sergent, qui étudie depuis de nombreuses années la fièvre de Malte, établit par la sérothérapie un traitement pratique de cette affection.

La conclusion à laquelle nous conduit cette étude historique est la nécessité de ne baser un diagnostic

de mélitococcie que sur des preuves bactériologiques indispensables : la culture du germe retiré du sang ou des foyers métastatiques et, à son défaut, la séro-réaction pratiquée suivant la technique de MM. Nègre et Raynaud.

Orchite mélitococcique suppurée

OBSERVATION I (*)

due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lombard
et de M. le Docteur Béguet
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur

Un homme de 48 ans atteint autrefois à Cuba, de paludisme et de dysenterie, mais bien portant en ces dernières années, tombe malade en Juin 1921. Il est pris assez brusquement semble-t il de malaises et de

(*) Cette observation a été publiée dans la *Presse Médicale* (21 Septembre 1921, n° 76 page 753.)

sensation de lassitude extrême, accompagnés de maux de tête, et de douleurs dans les grandes articulations : douleurs erratiques qui touchent successivement ou simultanément les épaules, les coudes, les hanches, les genoux, les poignets, puis se localisent sur le cou de pied droit, et l'épaule du même côté. L'homme abandonne son métier de jardinier ; il garde la chambre, certains jours quand les douleurs sont trop vives. De temps à autre des frissons apparaissent suivis de sensations de chaleur et de transpirations abondantes: la température n'est jamais prise.

En septembre brusquement, la bourse droite devient douloureuse : elle se tuméfie, elle atteint le volume du poing ; les phénomènes généraux s'atténuent. Un mois plus tard, le gonflement rétrocède ; la région reprend son acpect normal : maux de tête, douleurs articulaires, transpirations reparaissent.

En janvier 1921, huit mois après le début de la maladie la bourse gauche se tuméfie à son tour, elle est le siège d'élancements fort pénibles, subitement apparus. Très amaigri, teint pâle, muqueuses décolorées, le malade entre â l'hôpital.

La moitié gauche du scrotum atteint le volume d'une grosse orange ; au-dessous d'une peau légèrement rougeâtre, que double un tissu cellulaire œdématié, on sent une vaginale pleine de liquide sous tension, douloureuse à la pression et masquant complètement la glande.

Le cordon est gros, épaissi, induré, sensible. Sur

le testicule droit, non altéré, l'épididyme porte deux noyaux durs, indolents, du volume d'un très petit pois, logés l'un dans la tête, l'autre au voisinage de la queue. L'urètre paraît sain, le méat est intact, l'urine ne contient point de filaments, centrifugée elle ne donne aucun dépôt.

La prostate insensible à la pression, les vésicules séminales, ne portent aucune nodosité, aucune induration suspecte.

Dans les fosses iliaques, pas plus que dans les plis inguinaux on ne trouve de masses ganglionnaires.

Les articulations qui ont été le siège de phénomènes douloureux sont sèches, recouvertes de tissus souples, sans empâtement ; elles ont conservé intactes? leur mobilité, à l'exception de l'épaule droite dont l'abduction est limitée.

Les plèvres ne présentent ni liquide, ni frottements. Les poumons, le cœur sont sains, le foie, ni la rate ne sont augmentés de volume. La température oscille entre 37°5 et 37°9.

Dans le service de médecine, où le malade a fait un court séjour, on a ponctionné la vaginale et retiré un liquide « séreux ». Cependant le gonflement augmente, les douleurs deviennent de plus en plus vives, la température demeurant au-dessous de 38°.

Le 7 Février nous retirons de la vaginale distendue du pus franc, crémeux, dans lequel l'examen direct et

les cultures ne décèlent aucun germe. Le soulagement n'est que passager, les douleurs reprennent, empêchant tout sommeil. Rouge, distendue, la tuméfaction augmente visiblement de volume.

Le 1er mars l'incision, enfin acceptée, donne issue à une grande quantité de pus chargé de débris filamenteux. Le testicule est manifestement malade, l'épididyme perdu dans des fausses membranes.

Le 8 mars on pratique la castration après section haute du cordon.

Le testicule est gros comme un œuf, farci d'abcès de volume variable, contenant un pus épais, crémeux, jaunâtre, bourbillonneux. Deux d'entre eux se sont ouverts dans la vaginale en perforant l'albuginée. Entre ces loges purulentes, le tissu glandulaire est difficilement reconnaissable.

L'épididyme a disparu dans une gangue inflammatoire dense, fibreuse, épaisse, qui se prolonge dans le cordon, matelasse le scrotum : de la séreuse à la peau, sur plus d'un centimètre, tous les plans anatomiques sont confondus en une couenne blanchâtre résistante.

La plaie se cicatrise assez rapidement, mais le 30 mars le long de son bord interne, une collection sous-cutanée apparaît ; ponctionnée elle donne issue à quelques centimètres cubes de pus franc : elle disparaît en peu de jours après 3 injections de bouillon Delbet.

L'examen du pus testiculaire ayant mis en évidence du Micrococcus Melitensis à l'état de pureté, le malade est soumis à la vaccination antimélitococcique. Il quitte l'hôpital en parfait état le 30 avril.

RECHERCHES DE LABORATOIRES

1° Examen histologique.

L'étude des coupes colorées à l'hémateine-éosine et à l'hématoxylique ferrique, permet de faire les constations suivantes :

1° Le canal déférent est parfaitement sain

2° La paroi de la collection suppurée, riche en vaisseaux dilatés et gorgés de sang, est infiltrée de nombreuses cellules inflammatoires, parmi lesquelles se voient, des leucocytes et des plasmocytes.

Les leucocytes sont nombreux au voisinage de la cavité de l'abcès, où les éléments subissent une dégénération progressive. Les plasmocytes sont surtout abondants vers la périphérie, et dans cette région les fibres collagènes abondantes indiquent une tendance à la sclérose.

Par endroits se voient des abcès microscopiques qui paraissent destinés à s'ouvrir dans la cavité principale.

Le passage au tissu testiculaire, à peu près normal est assez rapide.

En résumé, il s'agit d'une banale paroi d'abcès, et l'abondance des plasmocytes, ainsi que la tendance à la sclérose, vers la périphérie des lésions, semblent indiquer qu'il s'agissait d'un abcès subaigu.

Nous n'avons trouvé aucun élément, ni aucune figure microscopique, qui puisse faire soupçonner la tuberculose, la syphilis ou même une mycose.

2° *Examens bactériologiques.*

1° Le pus prélevé le 7 Février paraît stérile à l'examen microscopique. Les cultures en bouillon, en gélose Sabouraud, sont négatives. En gélose simple quelques colonies très discrètes, apparaissent ; qui par suite d'accident, ne peuvent être identifiées.

2° Le pus prélevé le 8 Mars. au cours de l'opération, donne des cultures pures de Micrococcus Mélitensis.

3° Les cultures sont agglutinées au 1/4000e par le sérum du malade.

4° Le sérum du malade agglutine au 1/1000e les différentes races de Mélitensis, des collections de l'Institut Pasteur d'Alger.

5° Le pus d'un abcès scrotal sous cutané ponctionné le 30 mars contient du Mélitensis à l'état de pureté.

6° L'inoculation au cobaye de fragments de tissu glandulaire demeure sans résultats.

OBSERVATION II

Dr Cassuto

Bull. de la Soc. des Sciences Médicales de Tunis, Fév. 1908

M. M.... âgé de 18 ans, employé de commerce, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel notable. Il n'a jamais eu de blennorrhagie. Ses parents sont bien portants, pas de tuberculose ni de syphilis familiales.

Vers le début de septembre 1906, M... ressentit une fatigue générale intense accompagnée de céphalée, troubles gastro-intestinaux. Le 9 septembre il fut obligé de s'aliter. A partir de cette date, le malade présenta une fièvre à courbe atypique variant entre 37°5 et 39°. Le Docteur Mopurgo, appelé à son chevet, diagnostique une fièvre méditerranéenne et soigna le malade jusqu'à complète apyrexie.

En même temps que cette fièvre atypique, le malade présentait des signes nets d'infection gastro-intestinale. Plusieurs fois il se plaignit de douleurs rhumatoïdes, dans différentes parties du corps, douleurs erratiques, passagères. En Janvier, le malade présenta pourtant, une tuméfaction très douloureuse à l'épaule gauche, localisation articulaire fréquente dans le cours des fièvres méditerranéennes. Vers la fin Janvier, le testicule gauche devint légèrement tuméfié et

très douloureux. Mais cet accident disparut au bout de deux ou trois jours.

A partir de février, la rémission fébrile commença à se produire lentement avec des sueurs très profuses matinales coïncidant avec de l'hypothermie (35°). Au mois de mars le malade pouvait être considéré comme guéri et entrait en convalescence.

Après un mois d'apyrexie et de bien-être absolu, brusquement le malade fut pris d'un grand frisson en même temps qu'il ressentit une très vive douleur au testicule gauche. La T° s'élevait à 40° et s'y maintenait pendant près de dix jours. Au troisième jour, le testicule se tuméfiait. Cette tuméfaction augmenta très lentement. Le malade raconte, qu'à mesure que la tuméfaction augmentait, la douleur diminuait. Au dixième jour la T° commençait à s'abaisser, et vers le vingtième jour, la fièvre disparaissait; le malade ne souffrait plus de son testicule, mais cet organe gardait un volume énorme.

Après quelques semaines de convalescence, le malade ne ressentant plus aucune douleur, pouvait reprendre ses occupations.

Vers la fin de juin, M....., se présenta en mon cabinet me demandant le moyen de le débarrasser d'une grosse tumeur plutôt gênante que douloureuse.

A l'examen, je constatai la présence dans le scrotum, d'une grosse tumeur piriforme du volume d'une grosse orange. Cette tumeur dure, irréductible,

rénittente, était assez transparente à sa partie supérieure. Je proposai au malade la cure radicale de ce que je pensai être une hydrocèle vaginale consécutive à une inflammation testiculaire d'origine méditerranéenne.

L'opération étant décidée, le 1er juillet, le malade est chloroformé par notre confrère le Docteur Soria. Après incision de la peau et du tissu cellulaire, un premier fait me frappe, c'est l'épaississement très net de la tunique vaginale. Cette tunique isolée est incisée et il s'écoule un liquide légèrement trouble, laiteux. La poche vidée, je constate la présence d'une seconde tumeur rénittente que j'incise. Par cette seconde incision il s'écoula un pus très liquide ressemblant, à s'y méprendre au pus d'un abcès froid. En même temps que ce pus de gros grumeaux de tissu nécrosé venaient au dehors. Je pensai à ce moment à une orchi-épididymite tuberculeuse suppurée, et j'eus un instant l'idée de pratiquer immédiatement la castration. Mais le cordon ne présentait aucune nodosité, la cavité de l'abcès très anfractueuse, n'était pas tapissée de membrane pyogène,

Ces raisons anatomiques, jointes à ce fait, que je ne pense pas qu'un médecin ait le droit d'enlever un testicule à un homme sans lui demander préalablement l'autorisation, me décidèrent à surseoir à la castration. Je prélevai aseptiquement du pus et des morceaux de tissu nécrosé, et après résection d'une grande partie de la vaginale, je suturai à la peau les bords de l'incision de l'abcès.

Je priai le Docteur Nicolle de vouloir bien examiner le pus et le tissu nécrosé. — Voici la réponse de notre confrère :

Examen de pus et de tissu nécrosé de provenance testiculaire :

Aucun micro-organisme sur le frottis (en particulier pas de bacilles tuberculeux). Les coupes de la pièce ont montré qu'il ne s'agissait pas de lésion de caséification comme dans le tubercule, mais d'une sorte de coagulation en masse : la structure de la glande testiculaire est conservée, bien visible, mais les noyaux des cellules glandulaires ont perdu toute propriété de fixer la matière colorante.

Le résultat de cet examen était déjà de nature à éliminer la tuberculose. Il s'agissait de rechercher la cause de la suppuration testiculaire ; sur le conseil du docteur Nicolle, je prélevai du sang de mon malade, pour rechercher les séro-diagnostics.

Le pouvoir agglutinant du sérum fut nul, vis-à-vis des bacilles typhique et paratyphiques, alors qu'il fut de 1/1000 sur le micrococcus mélitensis.

J'ajoute qu'un cobaye inoculé avec le pus du malade le jour de l'opération, vivait encore, sans présenter aucun trouble, un mois après l'inoculation.

Nous étions donc en présence, à n'en pas douter, d'une orchi-épididymite suppurée, due au micrococcus mélitensis.

Je soignai la cavité de l'abcès testiculaire, tout comme un simple abcès et, au bout d'un mois, la réparation semblait définitivement obtenue, quand, brusquement une nouvelle poussée inflammatoire se produisait au niveau du testicule déjà atteint, avec une élévation de la T° et douleur très violente. Je pratiquai une seconde incision par laquelle il s'écoula une assez grande quantité de pus crémeux verdâtre.

C'est à la suite de cette seconde poussée inflammatoire, après une consultation avec mon confrère et ami le Docteur Molco, que la castration fut décidée. Cette deuxième opération fut pratiquée quelques jours après et les suites en furent très bonnes.

OBSERVATION III

CANTALOUBE

La Fièvre de Malte en France
Paris 1910
A. Maloine, Editeur

C. (Sumène). Homme. 59 ans. Séro positif.

N'aime pas le lait, ne mange en fait de fromages que des fromages secs — Pas de chèvres avortées. Ses chèvres n'ont pu être examinées.

Début apparent : le 1er mars 1909.

Durée du séjour au lit : 4 mois en plusieurs reprises.

Durée totale de la maladie : 8 mois, 4 rechutes.

Après quelques jours de malaise, se couche le 1er mars. *Congestion pulmonaire* diffuse, dyspnée, fièvre élevée (40), sueurs profuses, *douleurs intercostales et lombaires*, vomissements, crachats sanglants. Le 15-mars, va mieux ; il se lève mais rechute le 25 mars.

Arthralgie sacro-iliaque droite très douloureuse qui le force à garder le lit jusqu'à fin avril. Il se lève ensuite jusqu'au 15 juin, date d'une nouvelle rechute qui l'immobilise jusqu'au début d'août. Ce séjour au lit est nécessité par les *douleurs sacro-iliaques* et de *vives douleurs abdominales* que rien ne calme. L'amélioration se fait mais le 16 août il se déclare une *orchite gauche* qui détermine des douleurs atroces. Le scrotum se gonfle au point d'acquérir le volume d'une tête d'enfant. La sensibilité particulière de cet organe enflammé ne permet pas de palper, de déceler la fluctuation. Cependant j'incise, le 26 août 1909, et après avoir traversé près de 3 centimètres d'un tissu lardacé mais dur, criant sous le bistouri, *j'arrive sur le pus*. Il sort une grosse quantité (plus d'un verre) de pus très épais, bien lié, de fétidité modérée. Contre ouverture postérieure, et drainage. Guérison au bout de deux mois avec adhérences aux téguments et atrophie.

L'examen microscopique du pus n'a permis de

déceler aucun micro-organisme. *Pas de gonocoques.*

Sueurs profuses, diurnes et nocturnes, fétides. *Constipation opiniâtre*. Vomissements, appêtit nul, Douleur épigastrique. Douleurs abdominales. En plus des douleurs précitées, *douleurs de la nuque* à diverses reprises ; jamais de céphalée.

Epistaxis légères au début.

Œdème, bouffissure surtout marquée à la face, au mois de juillet.

Desquamation totale, après la première rechute. *Chute abondante de cheveux*. Asthénie.

Pas de troubles visuels ni auditifs.

Etiologie

Les complications testiculaires dans la Mélitococcie sont souvent signalées dans les divers travaux et sont loin d'être rares.

Les premiers auteurs, et Hughes en particulier, considèrent l'orchite comme n'apparaissant qu'exceptionnellement au cours de la maladie. Plus tard, celle-ci étant mieux connue, la fréquence de l'atteinte génitale semble augmenter. Eyre sur plus de mille malades ne l'observe que dans 8 °/° des cas. Gardon la rencontre une fois sur 15, Lagriffoul, Roger et Arnal 3 fois sur 37. Le chiffre de Rousseau-Langwelt et de Lévi est de 5 °/°. Celui de Lemanski 15 °/°.

Cantaloube la trouve si souvent (20 °/₀) qu'il en fait un symptôme important de la fièvre de Malte. Nous pouvons affirmer que ce médecin a exagéré la fréquence de cette orchite, beaucoup de ses observations ne rappellent en rien l'infection que nous étudions.

Il nous semble que l'on doit admettre la proportion de 5 à 8 °/₀ indiquée par la plupart des observateurs.

Les conditions dans lesquelles se développe cette localisation testiculaire sont difficiles à préciser. Parmi les facteurs susceptibles d'avoir une certaine influence sur son apparition, nous devons, en première ligne, faire intervenir l'âge.

L'orchite maltaise atteint rarement les jeunes malades, Cassuto l'a observée chez un jeune de 18 ans (Observation II), Lévi l'a décrite chez un adolescent de 16 ans (Observation III) et Fouquet l'a signalée chez un malade de 17 ans. Ces cas sont exceptionnels, la première des raisons est que la fièvre de Malte est peu fréquente chez l'enfant 7 °/₀ d'après MM. Gillot et Lemaire, on aura donc peu de chance de trouver chez eux une localisation testiculaire.

Les hommes âgés sont également peu touchés. Cantaloube est le seul, que nous sachions, à avoir réuni plusieurs observations d'orchite maltaise après 50 ans.

Ainsi, l'inflammation de la glande génitale at-

teint le plus souvent les malades entre 20 et 50 ans. Cette particularité n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre et cela pour deux raisons : cet âge est celui où la fièvre de Malte est la plus fréquente, et c'est aussi celui qui correspond au maximum d'activité fonctionnelle de la glande.

Le climat et les saisons n'ont aucune action sur la complication qui nous occupe. La profession n'a pas paru influencer son apparition.

La question de la race a longtemps été discutée, surtout en Tunisie où les Maltais et les Israélites, sont particulièrement touchés par la mélitococcie et ses complications. Les notions étiologiques actuelles ont montré, que la soi-disant aptitude morbide de ces races pour cette affection était dûe à de mauvaises conditions d'hygiène, et à une grande consommation de lait de provenance exclusivement caprine.

Toute cause de débilitation antérieure à la maladie favoriserait d'après certains auteurs, l'apparition de l'orchite maltaise.

L'atteinte antérieure de l'appareil génital ne paraît pas constituer une cause prédisposant à la localisation du Micrococcus Mélitensis, elle n'a été que rarement observée. Il semble donc que l'on puisse écarter la blennorragie des conditions favorisant l'apparition de l'orchite mélitococcique.

L'évolution et la gravité de la maladie semblent avoir une influence plus marquée : les complications

testiculaires ont été le plus souvent observées dans les formes intermittentes et longues.

Le traumatisme, la masturbation invoqués par certains médecins ne sont que des hypothèses gratuites.

Fainsilber signale un autre élément « l'épidémicité », « on serait tenté, écrit-il, de supposer que le virus pour attaquer le testicule a besoin d'une certaine virulence laquelle est atténuée dans les endémies ». Nous avons déjà dit ce que nous pensions de ces épidémies de fièvre de Malte qui sévirent en France en 1909 et 1910. Nous remarquerons d'autre part que l'orchite se montre plus fréquemment dans les formes frustes et longues où la virulence du microbe semble plutôt atténuée.

Le moment de l'apparition de l'atteinte testiculaire est des plus variables comme nous le montrent les statistiques suivantes :

Lévi : 2 au premier mois, 1 en pleine affection, 3 pendant la défervescence, 1 à la convalescence.

Cassuto : 1 au premier mois (7e jour) 2 pendant la défervescence, 1 à la convalescence.

Cantaloube : 2 au début (symtômes initiaux) 2 au premier mois, 8 en pleine affection fébrile, 10 pendant la défervescence.

Fainsilber : 1 au premier mois, 4 en pleine affection fébrile, 5 au déclin, 1 à la convalescence.

Pour les observations que nous faisons figurer dans notre modeste étude nous trouvons : 2 au premier mois, 3 en pleine affection fébrile, 5 au déclin.

Nous voyons donc l'orchite maltaise se montrer à toute époque de l'infection et même quoique rarement, à la convalescence. On la rencontre le plus fréquemment à la dernière période de l'évolution de la maladie ; dans ce cas souvent après une longue trève de l'affection, l'orchite peut apparaître brusquement, et constituer la rentrée en scène de l'infection et le début d'une nouvelle poussée. (Observations II et VI).

Pathogénie

Comme toutes les inflammations testiculaires, l'orchite qui survient au cours de la mélitococcie peut être d'origine toxique ou d'origine infectieuse.

Cette orchite, est-elle le résultat d'une localisation de l'agent spécifique de la fièvre de Malte, ou bien est elle due à un autre microbe infectant secondairement la glande génitale ? Telle est la question que nous avons à nous poser en premier lieu.

Malgré le petit nombre des recherches bactériologiques qui ont été faites, la nature spécifique de l'orchite mélitococcique a été soupçonnée par les auteurs.

Cassuto observant une suppuration du testicule au cours de la mélitococcie, ne trouve dans le pus au-

cun micro-organisme, et montre d'une façon certaine, par inoculation au cobaye, et par un examen microscopique des coupes du tissu glandulaire atteint ; qu'il n'est pas en présence d'une lésion tuberculeuse.

Cantaloube écrit au sujet d'une orchite maltaise suppurée « du pus recueilli par ponction aseptique ne révèle au microscope aucun microbe »

Les rares examens de liquide vaginal que l'on a pu faire ne décèlent également aucun agent infectieux

Devant ces faits, les auteurs arrivent à conclure que ces inflammations sont sous la dépendance directe du micrococcus melitensis.

Ce ne sont là que des présomptions : une preuve incontestable est nécessaire.

Monsieur le Professeur agrégé Lombard vient l'apporter en mettant en évidence la présence du micrococcus melitensis dans le pus d'une orchite maltaise suppurée. Ce pus ensemencé donne une culture pure.

Ce fait qui est observé pour la première fois prouve donc d'une façon précise la spécifité de l'inflammation testiculaire dans la fièvre de Malte. Nous devons maintenant rechercher comment ce microbe vient se localiser sur le testicule.

Plusieurs voies sont théoriquement possibles.

Nous ne ferons que citer la voie lympathique,

l'absence complète de notions sur ce sujet ne nous permet pas de considérer cette voie comme probable.

La voie péritonéo-vaginale qui n'est possible que chez les enfants, ne peut être ici invoquée, l'orchite n'ayant jamais été constatée chez un jeune malade préalablement atteint de péritonite. La réalité de cette voie est pourtant démontrée par des faits expérimentaux : l'orchite suppurée a été observée chez le cobaye à la suite d'inoculations intrapéritonéales de micrococcus melitensis.

La présence fréquente de ce microbe dans les urines peut faire supposer que l'orchite maltaise est précédée d'un léger degré d'urétrite due au passage dans le canal d'une urine chargée du germe infectieux Cette théorie est certes séduisante, mais l'urétrite n'a jamais été constatée au cours de l'orchite maltaïse.

La mélitococcie est un type de septicémie ; au cours de ces affections les microbes peuvent se localiser avec des degrés de fréquence variable dans les multiples organes de l'économie et y provoquer des complications (articulaires, osseuses, pulmonaires, etc) d'ordre et de gravité variés. Il est donc logique de mettre l'inflammation du testicule sous la dépendance d'une infection sanguine directe.

L'origine de l'orchite maltaise une fois admise on peut se demander si la localisation infectieuse n'est pas commandée par un état de réceptivité locale, un état de moindre résistance créé par une atteinte patho-

logique antérieure. Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'il n'en était rien. Une inflammation antérieure de la glande génitale n'a été que rarement constatée, malgré les recherches systématiques de tous les observateurs. Fainsilber sur 12 cas d'orchite maltaise ne l'a trouvée qu'une seule fois (blennorragie remontant à un an et demi). Cantaloube sur 20 observations ne l'a notée que deux fois. Lévi, Hayat, Cassuto ne l'ont jamais signalée.

Anatomie pathologique

La faible mortalité de la fièvre de Malte explique le peu de renseignements que nous fournit l'anatomie pathologique : aucune autopsie de malade ayant présenté une atteinte testiculaire, n'ayant été faite. Les seuls examens microscopiques sont ceux de Cassuto, et de Monsieur le Professeur Lombard.

Les nombreuses observations cliniques nous montrent néanmoins que le micrococcus melitensis peut se localiser sur le testicule et sur l'épididyme. Le plus souvent même ces deux organes sont pris en même temps et la manifestation la plus fréquente de la complication dont nous nous occupons est certes

l'orchi-épididymite aigüe, comme l'indiquent les chiffres suivants :

	Orchi épididymites	Orchites	Epididymites
Lévi.....	2	4	—
Cassuto...	4	—	—
Fainsilber.	6	4	2
Cantaloube	10	9	1

La tuméfaction de l'organe atteint est généralement très marquée, le volume de la tumeur peut atteindre les dimensions d'une grosse orange et même celles de la tête d'un nouveau-né. La consistance est dure et uniforme.

Comme pour toutes les infections génitales par la voie sanguine, le testicule lui-même est l'organe le plus souvent atteint. L'épididyme seul n'est que très rarement frappé.

Au point de vue microscopique nous nous reportons à Cassuto qui écrit « La structure de la glande testiculaire est conservée, bien visible, mais les noyaux des cellules glandulaires ont perdu toute propriété de fixer la matière colorante ». Nous voyons donc qu'il s'agit d'un état de souffrance de tous les éléments de l'organe : tubes séminifères, tubes sécréteurs et réseau conjonctif intertubulaire.

Lorsque l'inflammation évolue vers la suppuration le testicule devient fluctuant. L'incision de l'abcès laisse couler, soit un pus très liquide ressemblant

au pus d'un abcés froid (obs. II), soit un pus épais, crémeux, jaunâtre, avec des débris filamenteux. (Obs. I), les lésions anatomiques sont celles d'un abcès subaigu.

L'épididyme est le plus souvent uniformément augmenté de volume, coiffant le testicule en cimier de casque. Si la tuméfaction n'est pas totale elle forme un ou plusieurs noyaux.

La vaginalite primitive isolée, indépendante de toute atteinte épididymo testiculaire existe peut-être : nous n'en connaissons pas d'exemple.

La vaginalite secondaire aux lésions des organes sous-jacents, habituellement séreuse, peut se résorber spontanément. Lorsqu'elle est purulente elle résulte (observation I et II) de l'ouverture dans la cavité séreuse d'un abcès testiculaire, et s'accompagne d'une réaction fibreuse intense des tissus environnants.

Le scrotum participe fréquemment à l'inflammation ; au début de l'atteinte il est généralement œdématié et très vascularisé, mais cette tuméfaction est fugace et disparait au bout de quelques jours.

Le cordon n'est qu'exceptionnellement atteint ; Fainsilber a deux fois noté une légère douleur à la pression et une petite augmentation de volume.

L'inflammation de la prostate et des vésicules séminales n'a pas été observée.

Etude clinique

Si nous envisageons l'ensemble des observations que nous avons étudiées nous remarquerons qu'on peut les ranger en deux catégories ; les unes peu nombreuses à début insidieux, sont remarquables par l'atténuation des symptômes présentés par les malades, les autres plus fréquentes sont intéressantes par la symptomatologie bruyante des premiers jours de la maladie. En d'autres termes l'orchite de la fièvre de Malte présente une forme aigüe et une forme subaigüe.

Forme aigüe. — Un mélitococcique jusque là à peu près valide est brusquement immobilisé par une douleur vive et spontanée prenant son point de départ

dans le testicule et s'irradiant, vers le périnée, la région hypogastrique, les lombes et le bord interne de la cuisse du côté atteint.

A cette période de début, l'examen de la région montre une tuméfaction très marquée ; le scrotum est tendu, œdématié, rouge et très vascuralisé. La palpation de la tumeur, rendue très pénible par l'exagération de la douleur qu'elle entraîne, nous renseigne sur les différentes localisations que nous avons déjà signalées dans l'étude de l'anatomie pathologique de cette orchite.

Ces signes fondamentaux, la douleur et la tuméfaction vont s'accentuer pour atteindre leur maximum vers le cinquième ou le sixième jour. Parallèlement à ces phénomènes locaux la fièvre monte, s'élevant fréquemment à 40°5 et 41°.

Quelle que soit l'intensité de tous ces phénomènes et le degré atteint par la température, la conservation d'un bon état général est le fait remarquable de cette complication. L'insomnie est pourtant observée dans certains cas.

Aprés une période de deux à trois jours l'orchite commence à décroître. La fièvre reprend la marche qu'elle suivait avant la complication testiculaire, quelquefois même elle diminue et montre plus de tendance à la résolution définitive (Cassuto). L'épididyme et les parties molles du scrotum qui au début étaient beaucoup plus infiltrés que le testicule reviennent ra-

pidement à leur état normal. La résolution du testicule, beaucoup plus lente, n'est complète que trois à quatre semaines après.

Forme subaigüe. — A côté de cette forme aigüe, brutale, la plus fréquente, il faut signaler des formes à début insidieux, à marche traînante.

Douleur spontanée légère, plus marquée à la pression, tuméfaction progressive du testicule ou de l'épididyme, de l'un et de l'autre le plus souvent. Elévation passagère et très modérée de la température. Ces phénomènes s'accentuent très lentement et arrivent à leur maximum au bout de deux à trois semaines. La défervescence est également très lente et la résolution n'est terminée que six semaines ou deux mois après.

Exceptionnellement l'orchite maltaise peut revêtir une forme que nous n'avons pas étudiée, caractérisée par une durée anormalement brève (4 jours : Cassuto Observation X) ou anormalement prolongée (plusieurs mois : Cantaloube) et par l'absence ou l'exagération des phénomènes douloureux (Fainsilber).

Rechutes. — Pendant la période de résolution de l'orchite mélitococcique, des rechutes peuvent se produire, tantôt sur le même testicule à quelques mois d'intervalle (deux mois et sept mois : Cantaloube) tantôt sur l'autre côté après un laps de temps de quelques semaines (8 jours et 15 jours : Hayat - un mois Observation I). La récidive sur la même glande est

plus intéressante : la tuméfaction n'arrive jamais aux dimensions qui s'étaient présentées dans la première atteinte. Les phénomènes douloureux et la fièvre sont également moins intenses.

La restitution anatomique du testicule est en général intégrale ; mais on voit fréquemment persister fort longtemps un ou plusieurs noyaux indurés sur l'épididyme, au niveau de la tête en particulier. Enfin assez rarement, on observe une atrophie plus ou moins marquée de la glande.

Orchites suppurées. — Lorsque l'orchite maltaise doit évoluer vers la suppuration, les symptômes persistent plus longtemps et paraissent parfois plus accentués que dans le cas qui se termine par résolution.

Les douleurs spontanées deviennent très vives, intolérables. Le gonflement du scrotum s'accroît ; la peau est rouge brun, tendue. Au palper au dessous d'un cordon volumineux et enflammé se trouve une poche de volume habituellement considérable. D'abord renittente cette tumeur devient lentement fluctuante et appelle alors le bistouri (Observations I et II).

Diagnostic

Le diagnostic de l'orchite s'impose dans la majorité des cas, par la localisation de la douleur et la constatation de la tuméfaction de la glande.

Une palpation attentive pourra permettre de se rendre compte que les lésions prédominantes portent soit sur le testicule, soit sur l'épididyme et très accessoirement sur le cordon.

Quant au diagnostic de la nature de l'orchite il ne peut s'établir, en dehors des recherches bactériologiques, que sur les commémoratifs, l'orchite maltaise ne possédant par elle-même aucun caractère permettant de la différencier des autres inflammations testiculaires.

Ce sont les examens de laboratoire qui permettront en particulier de la distinguer de deux variétés d'orchites septicémiques capables de la simuler : l'orchite typhoïdique et l'orchite méningococcique. On connait aujourd'hui des septicémies à méningocoques, sans méningite, qui par leur évolution prolongée, leurs déterminations articulaires multiples et leurs localisations génitales peuvent simuler absolument la mélitococcie.

Si le diagnostic d'orchite maltaise est évident lorsque la complication apparaît au cours d'une fièvre de Malte typique, il n'en est pas de même lorsqu'elle se montre dans une forme fruste de mélitococcie, qui cliniquement ne se révèle que par un peu de fièvre, et par des douleurs localisées. La confusion dans ce cas avec les formes rhumatismales de la tuberculose est d'autant plus difficile à éviter que les lésions épididymo-testiculaires des deux infections, présentent les plus grandes analogies, avec cette réserve cependant, que dans l'infection mélitococcique, prostate et vésicules séminales sont intactes.

C'est ainsi par exemple que dans les observations I et II l'orchi-épididymite suppurée fut prise pour une lésion tuberculeuse. Ces faits démontrent, étant donnée l'analogie clinique entre l'abcès testiculaire tuberculeux et l'orchite suppurée mélitococcique, la nécessité de s'entourer de toutes les garanties scientifiques, avant d'extirper un testicule suppuré. Le cas de Cantaloube (observation III) prouve bien qu'il est possible

de conserver un testicule atteint de suppuration d'origine mélitococcique, tout comme l'on a pu conserver des testicules atteints de suppuration d'origine typhoïdique.

La confusion de l'orchite rhumatismale avec l'inflammation testiculaire maltaise est également fréquente. Fainsilber pour les différencier donne un signe qu'il croit être caractéristique. Dans le rhumatisme dit-il, les articulations atteintes deviennent libres à l'apparition de l'orchite. C'est là une erreur, ce phénomène a été aussi constaté dans l'orchite maltaise. Dans l'observation I, il y a sédation des douleurs articulaires à l'apparition de l'atteinte testiculaire. Nous voyons que dans ce cas également les examens bactériologiques permettent seuls de faire le diagnostic.

En somme en dehors des cas où la complication apparaît au cours d'une fièvre de Malte dûment caractérisée et reconnue, et où il s'impose, le diagnostic de l'orchite maltaise est on ne peut plus facile; il repose tout entier sur les constatations de laboratoire ; il suffit de songer à les rechercher.

Pronostic

L'apparition d'une orchite au cours de la fièvre de Malte n'entraîne aucune aggravation du pronostic généralement bénin, au point de vue vital, de cette maladie.

Le pronostic de l'orchite mélitococcique au point de vue fonctionnel est différent.

L'*atrophie* plus ou moins marquée du testicule signalée par quelques observateurs. (Lévi, Cassuto, Cantaloube), la présence de *noyaux d'indurations*, sur l'épididyme observée longtemps après sa guérison, nous permettent d'être réservé quant à l'avenir génital du sujet atteint.

D'autre part la suppuration rencontrée, rarement il est vrai, entraîne toujours une *élimination de tissu testiculaire*. Dans le cas décrit, par Cantaloube, la suppuration produisit une atrophie très marquée, avec des adhérences qui ne permettaient pas de distinguer le testicule au milieu du tissu cicatriciel. Dans les deux autres observations que nous faisons figurer dans notre modeste travail, il y eut perte totale de l'organe par *castration*.

Aucun examen de sperme n'a été fait que nous sachions ; nous ne pourrons donc rien dire au point de vue de la stérilité.

Traitement

Le traitement de l'orchite mélitococcique relève de la sérothérapie.

Cette médication employée pour la première fois, dans la fièvre de Malte, par Wright en 1898, n'est entrée dans la voie clinique pratique que pendant ces dernières années.

En 1919, MM. Sergent et Lhéritier ont obtenu des résultats satisfaisants avec le sérum de chevaux ayant reçu dans les veines des microbes vivants ; et avec le sérum de chevaux ayant reçu sous la peau l'endotoxine préparée par la macération dans l'eau, de micrococcus mélitensis, tués par la chaleur.

Les doses de 50 centimètres cubes par jour, injectées pendant 3 ou 6 jours ont rapidement amené la sédation des phénomènes douloureux, et la chute de la fièvre. Dans le seul cas d'orchite maltaise traitée par ces sérums, les effets ont été immédiats sur la douleur et le gonflement du testicule.

En Italie, le sérum Trambusti et Donzello, injecté à la dose de 60 à 80 centimètres cubes a donné également d'excellents résultats.

Les essais de bactériothérapie ont été également heureux. Les vaccins de Nicolle et Blaizot, et de M. Sergent, aux doses de 1/4 de centimètre cube à la 1re injection et de 1/2 centimètre cube à la 2e injection, huit jours après, ont souvent donné un succès entier.

Ces résultats ne sont pas suffisamment établis pour qu'on puisse juger exactement leur valeur. Néanmoins ils nous permettent de dire dès à présent que c'est à la sérothérapie et à la vaccinothérapie que l'on doit à l'heure actuelle avoir systématiquement recours.

En même temps on emploiera le traitement ordinaire des orchites qu'elles soient aiguës ou suppurées.

Pendant la période aiguë le malade sera mis au repos absolu dans la position horizontale : les bourses seront relevées et recouvertes d'une application de pommade résolutive et sédative (mercurielle belladonée, au collargol, ou au gaïacol).

Pour calmer la douleur lorsqu'elle est trop vive : application de glace et lavements laudanisés.

Lorsque l'orchite est en voie d'apaisement et de résolution, si le malade peut se lever, l'application d'un suspensoir sera très utile assurant ainsi la compression ouatée des testicules et leur immobilisation.

Enfin si l'orchite, évolue non pas vers la résolution, mais vers la suppuration, après application de pansements humides, chauds, fréquemment renouvelés, on aura recours à l'incision et au drainage de l'abcès dès que le pus sera collecté, si toutefois les lésions constatées sont trop avancées, la castration deviendra nécessaire.

Conclusions

I. La fièvre de Malte peut entraîner des complications du côté des glandes génitales de l'homme.

II. Ces complications ne sont pas rares ; elles s'observent surtout à la période de déclin de la maladie, et atteignent le plus souvent les individus à l'âge où le testicule est en pleine activité (20 à 50 ans).

III. Elles sont la conséquence de l'infection de la glande par la voie sanguine. Le testicule est presque toujours atteint, mais l'orchi-épididymite est la forme la plus fréquente de l'inflammation.

IV. Elles peuvent avoir une forme aiguë ou subaiguë. Parfois elles se présentent sous une forme tout à fait anormale.

V. Elles peuvent se terminer par la suppuration et dans ce cas le micrococus melitensis peut être retrouvé dans le pus.

VI. L'orchite mélitoccocique est ordinairement unilatérale et peut siéger indifféremment à droite ou à gauche. D'autres fois elle est bilatérale. Des rechutes sont également observées.

VII. Cette orchite ne présente pas de caractères cliniques permettant de la différencier des autres orchites infectieuses. Le diagnostic se fait d'après les commémoratifs et les examens de laboratoire.

VIII. Le pronostic vital n'est pas grave, mais le pronostic fonctionnel est plus sérieux, la suppuration et l'atrophie étant quelquefois observées.

IX. L'emploi de vaccins ou de sérums spécifiques est le traitement auquel on doit avoir recours en premier lieu.

OBSERVATION IV

Dr Hayat

In Bulletin Soc. des Sciences Médicales de Tunis

(14 Juin 1905)

M. S. G., distillateur, quarante-cinq ans, présentait le 15 septembre 1904 les symptômes suivants :

Fièvre à maximum vespéral. Langue très chargée. Vomissements. Diarrhée : 4 à 5 selles jaunes, non fétides. Sensibilité du creux épigastrique. Foie gros. Subictère conjonctival. Albuminurie. Hypertrophie de la rate, ne dépasse pas pourtant les fausses côtes. Rien aux poumons, ni au cœur. Facultés intellectuelles intactes. Pouls proportionné à la température.

19 septembre. — Etat à peu près stationnaire. Tousse la nuit. Articulations rien d'anormal.

24 septembre. — Deux piqûres de quinine : effet nul. Vomissements bilieux. Insomnie.

28 septembre. — Disparition de l'albumine dans les urines.

30 septembre. — Guérison apparente, après une défervescence de 5 jours. Dans tout le cours de cette maladie, le pouls a été proportionné avec la température ou peu s'en faut.

On a noté :

Pouls....	96.	Température...	38°8
» ...	80.	»	36°8
» ..	88.	»	37°2

Du 30 septembre au 5 octobre : absence totale de la fièvre. Réapparition des troubles digestifs. Excellent état général. Rapidité du pouls en disproportion avec la température.

8 octobre. — Le malade rend dans un effort de vomissements deux lombrics.

La santonine, administrée le lendemain n'amène l'expulsion d'aucun ver.

10 octobre. — Une toux quinteuse fatigue le malade, qui ne présente rien d'anormal à l'auscultation. Pharynx rouge. Langue saburrale.

16 octobre. — La chute de la température est accompagnée de quelques sueurs, qui ne présentent pas le caractère de profusion qui se trouve dans d'autres cas. La discordance entre pouls et température s'accentue de plus en plus, Ainsi à 36°6 il y a 120 pulsations.

17 octobre. — Disparition totale de la fièvre et de tout son cortège morbide.

Depuis le 25 octobre jusqu'au 12 janvier, on a eu l'occasion de voir à plusieurs reprises le malade qui vaquait à ses affaires. Il apprit au médecin que le

travail lui était très difficile, car il n'a cessé d'avoir des douleurs tantôt à l'épaule ou au poignet, tantôt à la hanche. Ces douleurs devinrent même très fortes lorsqu'elles se localisèrent aux articulations des doigts et au gros orteil droit, mais le malade continuait quand même à sortir.

Le 12 janvier. — Consultation pour une orchite. Epididyme et cordon intacts. Le testicule seul est douloureux et uniformément gonflé. Pas d'épanchement intravaginal. Pas d'antécédents vénériens.

Ces arthralgies nombreuses de la convalescence et surtout l'orchite éveillent la curiosité et, bien que cliniquement le malade ait présenté une pyrexie et une courbe thermométrique rappelant beaucoup la fièvre typhoïde, on fait l'examen du sang.

Résultats de l'examen du sang :

Pouvoir agglutinant nul vis-à-vis du bacille typhique.

Pouvoir agglutinant manifeste 1/10 vis-à-vis du micrococcus mélitensis.

OBSERVATION V

Dr Cassuto de Tunis

In Thèse Hayat Montpellier 1903

M... B..., 24 ans. Constitution plutôt débile.

Antécédents. — A eu les maladies de l'enfance : rougeole, varicelle, quelques bronchites légères. A 12

ans, légère scoliose qui a été soignée en Suisse par la gymnastique suédoise ; il en résulta une déformation de la moitié droite du thorax.

Maladie actuelle. — Au commencement de mars 1903, trois semaines après son mariage, B... commence à ressentir un affaiblissement général, du malaise, des nausées.

Le 10 mars, il se met au lit avec une forte fièvre, 39°6. Courbature généralisée, céphalalgie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, toux légère. A l'examen ; pouls : 96, bien frappé, ventre légèrement météorisé, douleur à la pression de la région épigastrique et de la fosse iliaque droite. Foie et rate normaux. Langue très chargée, constipation, haleine très fétide. A l'auscultation, quelques râles diffus de bronchite.

Malgré le traitement, on n'observe pas d'amélioration les jours suivants. La température est très irrégulière.

La constipation est opiniâtre, le ventre est tantôt souple, tantôt météorisé. Les selles sont assez fétides.

Les jours suivants, céphalalgie très intense, état d'excitation nerveuse très accentuée. Pouls entre 100 et 120, sans concordance avec la température, quelques frissons répétés ; les températures élevées ne durent guère plus de deux à trois heures. A chaque

rémission, sueurs plus ou moins profuses. Le 15 mars on trouve :

A 6 heures du matin.....	38°3
A 9 heures.....	37°4
A midi.....	37°6
A 3 heures.....	36°9
A 6 heures du soir.....	39°8

Une consultation de médecins a lieu, le diagnostic posé est : Fièvre méditerranéenne.

Le 16, à la suite d'un accès de fièvre, apparition d'une orchi-épididymite gauche. Le malade semble aller mieux depuis ce moment, au point de vue de l'état général. Les symptômes orchitiques n'atteignent pas les proportions de l'orchite blennorrhagique.

La température baisse les jours suivants, et le malade resta même quatre jours sans fièvre, mais avec un pouls fréquent.

Le 22, la fièvre revient avec tous les symptômes précédemment décrits, et même les troubles gastro-intestinaux s'accentuent.

Du 27 mars aux 3 avril, amélioration très notable, l'appétit revient, le malade se lève et mange quelque chose, Le pouls était alors toujours fréquent.

Du 3 au 5 avril, rechute avec fièvre et retour des symptômes indiqués. On envoie le malade à la campagne, où une amélioration nouvelle ne tarda pas à se produire au bout de quelques jours.

Le malade s'apprêtait à partir en voyage, lorsqu'il se déclara un gonflement très douloureux du genou droit, qui devint rouge et l'obligea à garder le repos. Après huit jours, cette arthrite disparaît, mais la fièvre reprend avec son cortège symptomatique habituel, mais cette fois beaucoup moins accentuée. On décide d'envoyer le malade faire une cure d'altitude en suisse, où il se trouve actuellement et où paraît-il, il va tout à fait bien, après avoir gardé la maladie pendant trois ou quatre mois.

OBSERVATION VI

Dr Lévi

Bulletin de la Société des Sciences médicales de Tunis

3 Juin 1903

H. F. âgé de 32 ans, marié, n'a jamais eu de blennorragie ni d'autres maladies vénériennes : au mois de mai 1901, il tomba malade d'une fièvre à marche atypique avec quelques rémissions journalières et même des longues périodes d'apyrexie complète, de la durée de 4 à 5 jours. Cette fièvre fut rebelle à tous les traitements employés (quinine, désinfectants intestinaux, etc.). A la fin de septembre, le malade resta trois semaines sans fièvre et on se flattait qu'il était guéri ; mais la fièvre se montra de nouveau, accompagnée de douleur et de tuméfaction du testicule droit La douleur était extrêmement violente et ne se calma

qu'après une application de sangsues à la région inguinale. Pendant trois jours l'engorgement au testicule, alla toujours augmentant, accompagné de la fièvre qui oscillait entre 38° et 39°. Dès ce moment, la température commença peu à peu à diminuer et la localisation au testicule subit une lente résolution. Après trois semaines, il ne restait plus aucune trace de l'orchite et la fièvre aussi avait complètement cessé. Néanmoins le malade présenta encore quelques périodes d'élévation de température, qui n'était provoquée ni par erreurs de diète, ni par surmenage quelconque. Ce n'est qu'au mois de décembre que la température devint absolument et constamment normale. Le testicule était alors revenu aux dimensions et à la sensibilité normale.

OBSERVATION VII

Dr Lévi

Bulletin de la Société des Sciences médicales de Tunis

3 Juin 1903

M. K. jeune homme âgé de 16 ans déclare n'avoir jamais eu de rapports sexuels et n'avoir jamais souffert d'écoulement urétral d'aucun genre ; il ne présente rien d'héréditaire. Ses parents sont tous les deux vivants et en parfaite santé. Dans les deux premiers jours d'avril 1901, il fut pris d'une fièvre à type rémittent qui céda en quelques jours à l'administration de quelques purgatifs et désinfectants intestinaux.

Après une période d'apyrexie relative, pendant laquelle pourtant, la température ne descendait pas au-dessous de 37°, la fièvre augmenta de nouveau et prit un caractère plus continu avec de très légères rémissions matinales. On donna de nouveau des désinfectants de l'intestin : calomel, benzonaphtol, salol, sans aucun résultat. La marche de la maladie finit par devenir atypique et irrégulière. On administre alors de la quinine à la dose de 1 gr. par jour pendant environ trois semaines, mais on n'en tira aucun bénéfice. La température oscillait entre 38° et 39°5. Tout à coup, le 5 mai, le malade fut pris d'une forte douleur au testicule gauche, et en même temps la fièvre montait jusqu'à 41°. Le testicule examiné était notablement augmenté de volume et très douloureux à la palpation et à la pression. Après trois jours d'hyperthermie pendant lesquels la douleur et la tuméfaction testiculaires persistaient, la température revint au degré qu'elle présentait avant la localisation testiculaire. L'orchite suivit régulièrement sa marche et arriva à la résolution en deux autres semaines, pendant lesquelles la fièvre continua sa marche atypique, avec des augmentations sans régularité, qui n'étaient modifiées par aucune médication. Le malade ennuyé de ne pas voir d'effet favorable à la suite de tous les traitements variés qu'il avait suivis, finit par ne plus prendre de médicaments. Cependant après un autre mois environ, la fièvre cessa spontanément. Le testicule présentait alors une légère agmentation de volume. J'ai eu l'occasion de le revoir dernièrement et j'ai trou-

Bibliographie

I ORCHITE MÉLITOCOCCIQUE SUPPURÉE

CANTALOUBE. — L'orchite et les autres manifestations génitales de la fièvre de Malte. Province médicale 28 mai 1912.

— La fièvre de Malte en France 1910. Maloine Editeur.

CASSUTO. — Orchi-épididymite suppurée consécutive à la fièvre méditerranéenne. Bull. Soc. des sc. méd. de Tunis. 1908 p. 153-156.

FAINSILBER. — Contribution à l'étude de l'orchite maltaise. Thèse Montpellier 1921.

LOMBARD P. et BÉGUEI M. — Orchite suppurée due au Micrococcus melitensis. Presse médicale 21 septembre 1921 nº 76 page 753.

II. — ORCHITE MÉLITOCOCCIQUE

BOINET et PAYAN. — 6 cas de fièvre de Malte à Marseille. Marseille médical 15 avril 1910.

CANTALOUBE. — Une épidémie de fièvre de Malte en France, 180 cas. — Exposé clinique. Montpellier médical, 20 février 1900.

CARDIALAGUET. — Nos connaissances actuelles sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie. Thèse Bordeaux 1906

DANLOS, WURTZ et TANON. — Deux cas de fièvre de Malte, observés aux environs de Paris. Bul. soc. méd. Hôp. de Paris. 4 déc. 1908.

Du Bourguet. — Fièvre de Malte. Bul. Société de neurologie, 1er décembre 1910.

Fouquet. — Etude clinique de la fièvre de Malte, quelques cas de fièvre de Malte à Marseille. Thèse Montpellier 1910.

Hayat. — Sur quelques cas de fièvre méditerranéenne observés en Tunisie. Archiv. Institut Pasteur, Tunis. Janvier 1907.

Léger, Dominici, Urbani. — Fièvre de Malte en Corse. Bul soc. de pathologie exotique, 9 octobre 1912.

Lévi. — Orchite aigüe. Complications de la fièvre méditerranéenne. Bull. Soc. des Sc. Médicales de Tunis. 3 Juin 1903.

Manquat et Pégurier. — Un cas de fièvre de Malte. Soc. méd. des hôp. de Paris. 24 juin 1910.

Taphanel. — Les cas de fièvre de Malte contractés à Paris et dans la région parisienne. Thèse Paris 1910.

III. — FIÈVRE DE MALTE EN GÉNÉRAL

J. Auclair et P. Brun. — Deux cas de fièvre de Malte vraisemblablement contractés à Paris. Bull. Acad. des Sciences, 27 déc. 1909.

Bancillon. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte. Thèse Montpellier 1910.

Bensis. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte. Bull. soc. méd. des Hôp. de Paris, 8 déc. 1909, p. 400-409.

Brault. — La fièvre ondulante à Alger. Archives générales de médecine, nov. 1903.

Bruce. — Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée. Annales de l'Institut Pasteur, avril 1893, p. 289

Carrieu, Lagriffoul et Bousquet. — Les lésions anatomo-pathologiques dans la fièvre de Malte. Bull. soc. de Biologie, 9 avril 1910.

Cochez, Lemaire, Gillot, Raynaud. — La fièvre de Malte. Bull. méd. de l'Algérie 1905, tome 16, p. 373.

Darbois. — Les petits signes de la fièvre de Malte. Presse médicale, 7 déc. 1910.

Di Cristina et S. Maggiore. — Observations et recherches sur la fièvre méditerranéenne chez les enfants. Résumé Presse Médicale, 14 juillet 1920, p. 478.

Euzière et Roger. — Grandeur et décadence de la séro-réaction de la fièvre de Malte. Le séro de Wright a-t-il une valeur diagnostique. Gaz. des Hôp. 1912.

Funaro. — Etude sur la fièvre méditerranéenne. Bull. soc. des Sciences méd. de Tunis, 27 mai 1903.

Gardon V. — Contribution à l'étude de la fièvre méditerranéenne. Bull. méd. de l'Algérie 1906, t. 17, p. 293.

— Etude descriptive de la fièvre méditerranéenne. Bul. méd. de l'Algérie 1907, t. 18, p. 48 et 94.

Gardon et Soulié. — La séro réaction dans le cours de la fièvre de Malte. Bull. méd. de l'Algérie 1906, t. 17, p. 246.

Georgiades G. — La fièvre ondulante. Thèse Paris 1908.

Gillot. — La fièvre de Malte. Bul. de l'Algérie 1905, t. 16, p. 481.

— La fièvre méditerranéenne à Alger. Association française pour avancement des Sciences 1906.

— Hémorragie dans la fièvre de Malte. Ass. franc. p. avanc. des sc. 1907.

Gillot et Lemaire. — Fièvre de Malte chez les enfants. Bul. médic. de l'Algérie 1907, t. 18, p. 287.

Gorovenko. — La fièvre de Malte chez l'enfant. Th. Montpellier 1910.

Gouget. — La fièvre de Malte. Revue médicale 16 mars 1910, p. 193-198.

— Le bilan actuel de la fièvre de Malte en France. Presse médicale 28 janvier 1911.

— Diagnostic et prophylaxie de la fièvre de Malte. Journal des Patriciens, 15 janv. 1910.

Hayat. — Contribution à l'étude de la fièvre dite méditerranéenne. Thèse Montpellier 1903.

Lagriffoul, Arnal et Roger. — La fièvre de Malte. Bul. soc. de Biologie, 15 janv. 1910.

Lagriffoul et Roger. — La fièvre maltaise en France. Compte-rendu acad. Sciences, 21 mars 1910, p. 300.

Lemaire G. — Sur la spécifité de la fièvre de Malte. Bul. méd. de l'Algérie 1906, t. 16, p. 129.

— A propos de la fièvre méditerranéenne. Bul. méd. de l'Algérie 1907, t. 18, p. 203 1910, t. 21, p. 645.

Lemaire et Gillot. — Sur la fièvre dite de Malte à Alger. Bul. et mémoires Société méd. des Hôp. de Paris 1905, t. 22, p. 818.

Lemanski. — La fièvre méditerranéenne (Fièvre de Malte), Paris, Steinheil, éditeur 1911.

Mazuré. — La fièvre de Malte en Picardie, Soc. méd. des hôp. de Paris, 24 juin 1910, t. XXIX, p. 817.

Nègre L. — Agglutination des micrococcus melitensis par les sérums normaux. Soc. Biol. 17 déc. 1910.

vé que le testicule qui avait été malade était absolument insensible à la pression, mais il semblait un peu plus petit que celui du côté sain.

OBSERVATION VIII

Dr du Bourguet
In Province Médicale
4 Février 1911

Résumé

M. D. quarante sept ans, directeur d'écoles à Ajaccio, est visité le 21 avril 1910. Il est malade depuis 40 jours. Paludisme antérieur. L'affection actuelle a débuté par des douleurs dans le flanc gauche. La fièvre s'est installée ensuite, d'abord modérée, puis progressive, puis finalement avec paroxysmes s'élevant à 40°, sous forme d'accès avec frissons prémonitoires et rémissions matinales. A pris de la quinine sans résultat Langue saburrale, inappétence, constipation prononcée, rate douloureuse à la pression : abattement et amaigrissement.

Orchite à gauche, peu douloureuse, rappelant l'orchite ourlienne.

Point d'hématozoaires dans le sang.

La séro-réaction de Wright n'a pu être faite.

La fièvre n'a cessé qu'en septembre et a présenté des accalmies parfois de huit à dix jours de durée. L'orchite a disparu en Juin.

M. D. avait l'habitude de boire du lait de chèvre non bouilli.

OBSERVATION IX

Dr Léger et Ch Dominici, Urbani
In Bull. Soc. de Path. exotique
9 octobre 1912

V. (hameau de Rota) Fièvre avec ondulations amples depuis le mois de mars 1912. Période de rémission en juin et juillet. Pouls au dessus de 100. Sensation de froid aux extrêmités. Les pieds, surtout le gauche, sont œdémateux. Pas d'albumine dans les urines. Orchite double. Toux fréquente, sans aucun signe stéthoscopique pulmonaire. Rate assez volumineuse. Séro-réaction positive le 14 septembre.

OBSERVATION X

Drs Bonnet et Payan
In Thèse Fouquet Faculté de Médecine de Montpellier
Juin 1910

C. François, novice, 17 ans, né à Paris. Habite l'Algérie depuis son jeune âge. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Père mort de congestion cérébrale. Mère en bonne santé. Grands parents morts très âgés. Le malade a eu la varicelle à deux ans, puis un état gastrique fébrile qu'il est diffi-

cile de préciser. Il n'a jamais eu la fièvre typhoïde, pas de bronchites ni paludisme. Excellente santé habituelle. Le teint du malade est naturellement bronzé. Habitant l'Algérie il navigue comme novice à bord les courriers faisant le service entre Alger et Marseille.

La maladie actuelle paraît avoir débuté le 15 mars par un mal de gorge, de la dysphagie. La fièvre est arrivée huit jours après accompagnée d'anorexie. Soif ardente, courbature généralisée, insomnie. Pas d'épistaxis, pas de douleur épigastrique, pas de céphalée. La fièvre ne s'accompagne ni de frissons, ni de transpirations. Le malade ne souffre pas du ventre, il a une diarrhée légère. Il a pris en ce moment de la quinine qui n'aurait pas agi. L'aggravation de ces symptômes l'amène à l'hôpital le 31 mars avec une température de 39°6, le malade n'est pas prostré. La langue est saburrale, rouge sur la pointe et les bords, la rate est grosse, sensible à la percussion, foie normal pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de sensibilité épigastrique, pas de tâches rosées. Le malade ne tousse pas, n'a pas de signes pulmonaires, le cœur est normal. Les matières amenées par le lavage sont jaune clair.

Le séro de Vidal est négatif.

La température qui était descendue à 37° le 3 avril prend une allure irrégulière entre 37° et 38° jusqu'au 12. Entre temps des sueurs assez abondantes sont apparues vers deux heures ou trois heures du matin, mais elles étaient irrégulières, et ne survenaient pas

toutes les nuits. Le malade ne prenait pas de pyramidon. La fièvre remonte aux environs de 39° et s'y maintient pendant quelques jours. Le séro diagnostic de Wright est négatif. La fièvre décrit par la suite une série d'ondulations dont le sommet est au dessus de 38°. L'allure de la fièvreet les sueurs éveillent à nouveau les soupçons. Le séro diagnostic de Wright est cette fois-ci positif au 30e et au 50e. Le malade accuse quelques douleurs myalgiques dans la nuque et les fosses sus épineuses. Il a quelques maux de tête. On remarque une desquamation furfuracée des mains, du dos, et du ventre. Le malade demande à s'alimenter. Il commence à prendre une purée le 1er mai. La langue est alors dépouillée, quoique la température soit toujours aux environs de 38°. Elle tombe cependant à 37° le 2 mai. A ce moment là une imprudence du malade, qui mange gloutonnement une certaine quantité de viande paraît être la cause d'une rechute. La température remonte progressivement les jours suivants jusqu'à 40°, la langue devient saburrale à nouveau, le pouls nettement dicrote, s'accélère (112) une épididymite très douloureuse fait son apparition, ainsi qu'une arthralgie sacro-iliaque. Ces complications durent peu. La température atteint à nouveau la normale vers le 15 Mais le pouls reste rapide (104-106) et la langue chargée

Ce malade est encore en cours de traitement, à la Conception, et on ne peut le considérer comme convalescent. La courbe thermique est nettement ondulante.

Le séro-diagnostic a été pratiqué par M. le Professeur Thibault. Pas d'étiologie.

Nègre L. — Sur l'agglutination du micrococcus melitensis par le serum humain. Bul. soc. de Biologie, 25 mars 1911.

Nègre L. et M. Raynaud. — Déviation du complément avec le melitensis et le para-melitensis. Soc. Biol. 31 mai 1913.

Nicolle Ch. — Sur l'existence en Tunisie de la Fièvre Méditerranéenne. Bull. Soc. Biol. 29 Juillet 1905.

Nicolle Ch et Cornil. — Vaccination préventive de l'homme contre la Fièvre Méditerranéenne. C. R. Académie des Sciences 25 octobre 1920.

Nicolle et Hayat. — Application du séro-diagnostic à l'étude de la fièvre de Malte en Tunisie. Soc. Biol. 29 Juillet 1905

Pagliano. — La Fièvre de Malte. Marseille médical 1 mars 1910

Peyrot M. — Essai sur le pronostic de la Fièvre de Malte Th. Montpellier 1911.

Phocas. — La fièvre de Malte au point de vue chirurgical. Assemblée francaise de Chirurgie XXIII[e] congrès. Paris 3 et 8 octobre 1910.

Rauzier G. — Fièvre de Malte à forme d'anémie pernicieuse Presse médicale mars 1911 p. 161.

Roger H. — Fièvre de Malte. Revue générale gazette des hôpitaux 22 et 29 Janvier 1910.

Ronchése. — Séro diagnostic de la Melitococcie avec des cultures tuées par le formol. Soc. Biol. 1[er] Février 1913.

Rouxlacroix. — La séro réaction de Wright conserve sa valeur diagnostique Gaz. des hôpitaux 14 Mars 1912.

Rouxlacroix, Lieutier et Sivan. — Une épidémie de Mélitococcie à Bru-Auriac (Var) Bull. Soc. Biol. 20 Juin 1911 II p. 37.

Rousseau-Langwelt. — Contribution à l'étude de la fièvre ondulante. Thèse Paris 1909.

Scherb. — Fièvre méditerranéenne. Bull. méd de l'Algérie 1907. T. 18 p. 702.

Sergent. — Etude sur la fièvre méditerranéenne. Recherches expérimentales en 1907. Ann. Inst. Pasteur 1908 p. 225-236.

Sergent et Bories. — Etude de la fièvre de Malte dans le village de Kléber (Oran) en 1907. Ann. Inst. Past. 1908 XXII p. 216.

Sergent et l'Héritier. — Essais de sérothérapie de la fièvre ondulante. Ann. de l'Inst. Past. T. XXXIII mai 1919 p. 336.

Sergent, Nègre et Bories. — Epidémie de fièvre de Malte à Arzew et Saint-Leu. Bull. Soc. pathol. exotique T. IX p. 336.

Simon, Aubert, Blanchard et Arloin. — La fièvre de Malte ou fièvre ondulante à Marseille. Soc. Biol. 18 mai 1909 I p. 896.

Soulié. H. — La fièvre de Malte d'après les dernières recherches. Bull. méd. d'Algérie 6 Juin 1706.

Soulié H., Gardon V. — La séro-réaction dans le cours de la fièvre méditerranéenne Bull. méd. de l'Algérie 1906 V. 17 p. 246.

Thibault. — Prophylaxie de la fièvre de Malte. Province médicale 1910 25 août.

Vallet. — Sur la valeur de la séro réaction de Wright. Montpellier médical 3 déc. 1911.

Weill et Ménard. — Un cas sporadique de la fièvre de Malte. Bull. Soc. méd. des hôpitaux de Paris 17 mai 1912.

WIDAL et COTONI. — Contagion de laboratoire de la fièvre de Malte. Bul. de méd. 15 nov. 1910, LXIV, p. 328.

Vu ;

Le Président de Thèse,

CURTILLET.

Vu ;

Le Doyen,

CURTILLET.

Vu et permis d'Imprimer

Alger, le 28 Juin 1921

Le Recteur de l'Académie,

ARDAILLON.